

認定看護師相談用紙

相談内容をこちらの用紙に入力・記載しFAX送信、またはメールに添付して送信してください。

※勤務状況等により、返信に時間を要する場合があります。あらかじめご了承ください。

FAX番号：082-565-5137

mail：cn-soudan@mazda.co.jp

(お問い合わせ電話番号：082-565-5014)

相談日 (*必須)		年		月		日
相談依頼ご施設名						
相談者氏名 (*必須)						
職種 (*必須)	☐ 看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 医師 ☐ その他					
電話番号 (*必須)						
メールアドレス	*メール連絡をご希望の方のみ					
相談希望分野 (*必須)	☐ 皮膚・排泄ケア ☐ 摂食嚥下障害看護 ☐ 感染管理 ☐ 集中ケア ☐ 緩和ケア ☐ 認知症看護 ☐ 心不全看護 ☐ 勉強会などの講師依頼 (ご希望の分野にチェックを入れてください)					
相談内容 (*必須) (個人が特定されない ように注意してご記入 ください)						
連絡方法 (*必須)	☐ 電話 ☐ メール					
電話の場合 ご都合のよい曜日 と時間帯	☐ 月曜日 ☐ 火曜日 ☐ 水曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日 ☐ 曜日指定なし ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 指定なし					

マツダ病院記載欄